

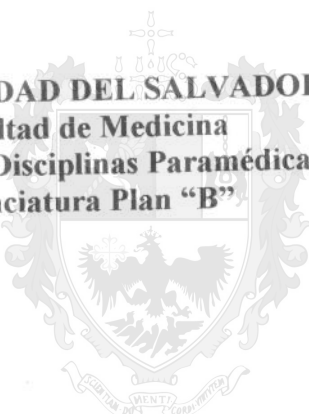
TL 154.
ej.1

CONSULTA EN SALA MUSICOTERAPIA

El Concepto de Musicoterapia en la sesión de Musicoterapia

Alumno: Eduardo Fabián Juárez

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
Facultad de Medicina
Escuela de Disciplinas Paramédicas
Licenciatura Plan "B"



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Cátedra:

Seminario de Investigación en Musicoterapia

Profesores:

Lic. SUSCO, Alberto

Lic. en M.T. WAGNER, Gabriela



BUENOS AIRES-ARGENTINA
AÑO 2002

Lic. Gabriela Wagner
Musicoterapeuta
Registro N° 4631-77

A Margarita Amable Raineri



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Quiero agradecer a todos mis profesores de la licenciatura por la entrega y la enorme paciencia.

Un agradecimiento muy especial a Teresa Haydee Savron por su persistente apoyo y su inmenso amor a lo largo de toda mi vida.

Agradezco hasta la eternidad a Mario Gorbea que es el que me motivó para completar esta etapa de mi carrera profesional.

Dedico también este trabajo a Marcela Parrini, Florencia Pittaluga y a Silvio Dalvit por todo el acompañamiento y amor que me han brindado en todo este tiempo.

Gracias Pablo Martín, Noemí Nuín y Ayelén Valdés

Gracias Mariela, Gabriela, Florencia, Fernando, Juan Pablo, Beatriz, Marisa y Rodrigo.

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	03
<u>CAPITULO I:</u>	
INTRODUCCIÓN	
- Idea de la Investigación	07
- Planteamiento del Problema	08
- Objetivos de la Investigación	10
- Hipótesis	11
- Fundamentos Teóricos:	
<i>MATERIAL TEÓRICO ENTORNO AL TEMA DEL ENCUADRE</i>	
• El encuadre en otras disciplinas	12
• El encuadre en musicoterapia	18
<i>MATERIAL TEÓRICO ENTORNO AL CONCEPTO DE MUSICOTERAPIA</i>	
• Conocimiento previo y cambio conceptual	27
• Definiciones de musicoterapia	33
• El concepto de música en musicoterapia	45
<i>TÉCNICAS Y RECURSOS DE LA MUSICOTERAPIA</i>	
• Técnicas y recursos	51
• Tipos de intervención en musicoterapia	54
<u>CAPITULO II:</u>	
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	62
<u>CAPITULO III:</u>	
ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN	
- Breve referencia histórica del Diseño de Investigación	69
- Diseño de Investigación	72

CAPITULO IV:

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 74

CAPITULO V

CONCLUSIONES 83

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 85

ANEXOS 88

- Encuestas:

 • Grupo I 90

 • Grupo II 108

- Programas de los encuentros 167

- Observaciones 169



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

IDEA DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación tiene como objeto de estudio el imaginario social acerca de la musicoterapia. La intención es comprobar si un grupo en contacto con técnicas de musicoterapia modifica las conceptualizaciones acerca de lo que piensa que es la musicoterapia.

Para lograr esto se seleccionará un grupo de personas adultas que puedan dar cuenta de su experiencia y que no hayan realizado nunca un tratamiento de musicoterapia.

Se procederá a realizar un trabajo planificado, donde se recurrirá a técnicas, metodologías y recursos usados en musicoterapia.

Además se conformará un grupo de control al cual se lo someterá a una encuesta donde se les pedirá que elaboren un concepto acerca de la musicoterapia. Luego de un mes se volverá a formular la misma pregunta para observar si este concepto a variado o no.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La idea de esta investigación surge a partir de la experiencia laboral en diferentes áreas de la salud y la educación.

Los conceptos que el paciente va elaborando en el transcurso de un tratamiento de musicoterapia están en relación con la estructuración del encuadre terapéutico.

Estructurar el espacio terapéutico es una de las primeras preocupaciones que el terapeuta debe abordar, ya que define en gran parte el tipo de tratamiento a realizar como así también la estrategia terapéutica y los objetivos a alcanzar.

Para ejemplificar como fue la génesis de la idea de esta investigación se contará brevemente una experiencia laboral como coordinador de un taller de musicoterapia que funciona dentro de una clínica psiquiátrica de Neuquén.

Dicha clínica está organizada bajo la modalidad de hospital de día. Los pacientes que allí ingresan generalmente son personas adultas con diferentes patologías mentales y diferentes niveles de conexión y deterioro.

Cabe aclarar que la clínica recién inauguraba y que no habían antecedentes de experiencias anteriores, o sea, que los pacientes eran los primeros de la clínica y comenzaban por primera vez un tratamiento que incluía la musicoterapia.

Los pacientes concurren a la primera sesión de musicoterapia y lo primero que se preguntan es: **¿Qué es musicoterapia? ¿Qué tenemos que hacer en este taller?**

Aquí es donde se comienza a observar la relación que existe entre el concepto (el pre- concepto) que el paciente tiene sobre la musicoterapia y la estructuración del encuadre terapéutico.

Generalmente las personas concurren a diferentes espacios terapéuticos teniendo una mínima idea del trabajo que realizarán, y lo hacen por de una necesidad particular.

En este caso no sucedía nada de esto, ya que los pacientes no tenían la mínima idea del tipo de tratamiento al cual iban a someterse, y casi todos se enteran allí de una disciplina llamada musicoterapia.

Cuando los pacientes concurren por primera vez a la sesión de musicoterapia, relacionan este espacio con un lugar de aprendizaje musical: **“¡Vamos a aprender música”**; y suele dirigirse al musicoterapeuta llamándolo **“profe”**

También surgen especulaciones en cuanto a lo terapéutico de la música: **“cantar hace bien al alma”, “la música calma a las fieras”, “la música nos hace olvidar las penas”**, etc.

A medida que se suceden las sesiones se van produciendo reestructuraciones en el encuadre.

Los cambios en el encuadre afectan al espacio, a los elementos, al tiempo y también **el concepto que el paciente tiene acerca del espacio terapéutico.**

Los musicoterapeutas, en situaciones de los más diversas, se ven obligados a explicar en qué consiste la musicoterapia.

Esta, por ser una disciplina joven y en desarrollo, aún no es conocida para la comunidad en general; pero, paradójicamente, y tal vez debido a lo sugestivo de las dos palabras que la componen, es disparadora de todo tipo de especulaciones acerca de cómo es que el uso de la música puede producir un efecto terapéutico.

Esto puede ser consecuencia de que todo ser humano tiene, a lo largo de su vida, un vínculo con la música y también una idea del concepto de terapia.

Por esto el musicoterapeuta cuando explica qué es la musicoterapia lo hace a personas que ya tienen una idea, no siempre aproximada, de la musicoterapia.

Estos preconceptos que tienen las personas que concurren a un tratamiento de musicoterapia es un elemento muy importante para el establecimiento del vínculo terapéutico necesario para llevar adelante el tratamiento.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Determinar si las personas que se someten a técnicas de musicoterapia elaboran algún concepto acerca de lo que la musicoterapia es.
- Evaluar si estos conceptos cambian a lo largo de la experiencia vivencial.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

HIPÓTESIS

El concepto acerca de la musicoterapia varía en virtud de la experiencia vivencial del cliente o paciente.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

MATERIAL TEÓRICO ENTORNO AL TEMA DEL ENCUADRE

EL ENCUADRE EN OTRAS DISCIPLINAS

Un enfoque metodológico del establecimiento del encuadre*(1)

(Joel Zac)

Hipótesis definitorias y constantes del encuadre

A) Las hipótesis definitorias del psicoanálisis como terapia permiten conocer algunos factores tales que si dichos factores varían, otros factores, dependientes de los primeros dentro del sistema analítico, varían según ciertas pautas. Por lo tanto no se podría definir el encuadre sin tener algunas hipótesis previas que enuncien que, de no fijarse ciertos factores variables como constantes en forma definitiva, intervendrían ciertas leyes que implicarían a su vez un determinado tipo de consecuencias. Esta idea tiene puntos en común con la de **Bleger, quien considera el encuadre como el conjunto de constantes en contraste con lo variable, el proceso.**

Como corolario de lo antedicho, el encuadre planteado en estos términos sería la fijación de cierto tipo de factores en forma constante y definitiva para evitar lo que ya se conoce que ocurriría si esas constantes variaran (o si no se las fijaran). La definición más sistematizada del encuadre abarcaría ala fijación como constantes (en forma definitiva) de cierto tipo de factores.

En estos términos definiríamos el encuadre como ya lo establecimos en un trabajo previo:

“Utilizo la noción de encuadre para referirme al conjunto de estipulaciones, explícitas o implícitas, que **aseguran, por un lado, un mínimo de interferencias a las actividades que se desarrollan entre paciente y analista** y, por el otro, **un máximo de utilidad al analista para la realización de estimaciones diagnósticas y/o pronósticas.**”

"Para que las estipulaciones del encuadre aseguren efectivamente lo que pretenden asegurar, deben ser, como es obvio, **constantes**; en el sentido de que se mantienen en una determinada situación."

Agregaremos que las constantes del encuadre se caracterizan no sólo porque están fijas en el encuadre, sino además porque tienen forzosamente que estar presentes de alguna manera para que se estructure el encuadre.

"En lenguaje matemático se establece que todas las constantes y variables son en el fondo variables, o sea factores. Para indicar que todas son variables pero que sólo algunas se fijan en cada caso para dejar que otras varíen, se las denomina parámetros. Cuando me refiero a parámetros aludo a factores fijos localizados..."

Es posible distinguir entre las constantes:

- 1) que definen el tratamiento y configuran el encuadre psicoanalítico general
- 2) aquellas que son constantes pero en relación con cada terapeuta
- 3) las que dependen de la pareja analítica.

- 1) Las constantes del primer tipo son constantes aunque varíe el paciente y el analista, como son por ejemplo: la teoría sobre el inconsciente y sus significados, el papel del paciente y del analista; la teoría de la transferencia, etc. En algún sentido, algunos factores están fijos: son los indispensables y preescriptivos (por ejemplo, el papel del analista) que se dan de cualquier manera y en toda situación.

El encuadre en sentido estricto está determinado por las normas que deben regir la relación entre analista y paciente. Los factores son fijos. La función del analista es la resultante de una prescripción total por la que se definen los papeles por desempeñar en el tratamiento. Es pues una constante absoluta en la conducción del tratamiento, pero enuncia que está centrada en el analista. Esta constante se corresponde con otras de las estipulaciones que definen la terapia propiamente dicha, o sea el proceso analítico. Son estipulaciones que ya no se pueden variar más."

- 2) "Un segundo tipo de constantes son invariantes respecto del analista mismo, y en consecuencia no van a cambiar en relación con distintos pacientes.

El segundo factor, pues se puede dar de manera diferente según el tipo de terapeuta de que se trate, pero tienen que estar presente de manera constante para cada analista, aunque puede ser que el mismo terapeuta tenga aspectos constantes algo diferentes para con distintos pacientes. Diferencio, pues, entre estipulaciones absolutas del encuadre y factores fijos que dependen de cada analista. Estos últimos influyen en la relación analítica. Dependen de la ideología y de la sicología del analista y de su capacidad para recrear un clima de confiabilidad interna. Citamos, por ejemplo, el caso de cierta constante que permanece siempre como tal y a la que denomino persona real del analista; el lugar (consultorio y sus instalaciones), ciertas prescripciones del consultorio, el diván para recostarse, muebles, etc. Los honorarios son asimismo constantes del analista. Las constantes temporales pueden ser fijas, como duración de 50 minutos por sesión, o no tan fijas, como las separaciones de fin de semana, las

vacaciones, etc; las sesiones pueden ser también continuas o discontinuas, según la secuencia semanal."

3) "Un tercer tipo de constante depende de la pareja paciente-analista. Sabemos por ejemplo que el analista en relación con cada paciente descubre que hay una especie de detección automática de la comunicación, un interjuego recíproco, etc. Por eso cada analista descubre una forma de interpretar a "este" determinado paciente que no puede ser adecuada a otro paciente.

El tercer tipo de constante es pues la constante de un determinado analista para con un determinado paciente, o sea la pareja analítica.

Correlaciones entre constantes y variables

Para un paciente los factores constantes están dados de una manera igual a lo largo de una situación, en parte o todo el tratamiento.

En cambio las variables que dependen de los pacientes se pueden dar de distinta manera para cada analizado. Metodológicamente se puede investigar la correlación existente entre ciertas reacciones que se observan en el paciente y las circunstancias determinadas en que dichas reacciones se dan.

Hay pues varios tipos de constantes y variables; algunas constantes dependen de la pareja y las variables dependen del paciente o de las circunstancias.

Correlaciones entre variables

A veces las variables se relacionan, causalmente o bien por su forma, a problemas que hacen a la estructura psíquica del paciente.

La instalación del encuadre. Su recreación en cada sesión

Las ideas desarrolladas en este trabajo implican a su vez la noción de que el encuadre, aunque relativamente constante, no es algo estereotipado y fijo, sino que posee una cierta regularidad funcional que tiene como consecuencia una estabilidad mínima necesaria para que se desarrolle el proceso analítico.

D. Meltzer señala la importancia de la creación del encuadre en el comienzo del tratamiento para el mantenimiento del proceso analítico como modulador de las ansiedades del paciente.

Las ideas que expongo en este trabajo implican, pues, que el encuadre puede no estar establecido o estarlo parcialmente en determinado momento de una sesión, y que es tarea del terapeuta crear el contexto para que el encuadre se instale o reinstale, ya que en tales condiciones (y solo en tales) paciente y analista podrán hablar un mismo idioma.

Durante un lapso inicial del tratamiento el problema básico técnico en la sesión está centrado alrededor de la instalación del encuadre.



Poco a poco se producen cambio pues ya no es sólo el terapeuta quién tiene a su cargo la creación del marco de continencia y adecuación para el proceso psicoanalítico a través del vínculo transferencial-contratransferencial. Es también el mismo paciente, con una atenuada dependencia terapéutica, quien participa en el proceso de aprendizaje al recrear el encuadre analítico para su máximo beneficio personal.

Esta reinstalación del encuadre por el paciente junto con el analista, ha de recrearse continuamente en cada una de las sesiones, con sus propias vicisitudes particulares.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Consideraciones sobre el marco y el proceso psicoanalítico en la psicosis *(2)

(Jaime I. Szpilka)

El “marco depresivo” favorece una primera disociación instrumental en la tarea por realizar. Incluye a la familia dentro de la tarea terapéutica en sus aspectos positivos, y actúa como continente de la ansiedad psicótica que emerge de la misma.

Denomino marco depresivo a lo que se formula en una serie de entrevistas iniciales con la familia del paciente, en las cuales se acuerda la participación fundamentalísima y activa que tiene la misma y se introducen sus diferentes componentes, los que deben ser explicados y aclarados extensamente.

El marco analítico es explicado en forma absoluta en los comienzos de la terapia, pero paulatinamente va sufriendo un proceso de implicitación..

El proceso de implicitación es paralelo al de institucionalización, y para poder efectuarlos a mi juicio se utiliza un cierto montaje de negación. Creo que en toda institucionalización se utiliza en mayor o en menor grado este mecanismo como un intento de eliminar la percepción consciente constante de un estímulo sensorial o afectivo e incorporarlo como una presencia constante, o sea como ausencia, dentro de un campo determinado.

Bleger dice al respecto: “una relación que se mantiene durante años con el matenimiento de un conjunto de normas y actitudes no es otra cosa que la definición misma de una institución. El encuadre es entonces una institución dentro de cuyo marco, o en cuyo seno, suceden fenómeno que llamamos comportamientos... Pero además de esta interacción individuos-instituciones, las instituciones funcionan siempre (en grado variable) como los límites del esquema corporal y el núcleo fundamental de la identidad. El encuadre se mantiene y tiende a ser mantenido (activamente por el analista) como invariable y mientras existe como tal, parece inexistente o no entra en cuenta, tanto como las instituciones o relaciones de las que sólo se toma consciencia justamente cuando ellas faltan, se obstruyen o dejan de existir”.

Podemos decir entonces que la parte del analista y el paciente que han establecido el marco dentro del cual ocurre el proceso, queda escindida y puesta de lado. Es como una existencia inexistente. Está allí siempre presente pero como presente que debe ser ausencia, del cual no debe hablarse. Tomar conciencia de su existencia permanente dentro del campo rompe la ilusión; su existencia disociada y muda favorece y favorece el proceso.

La negación que sufre el marco posibilita dentro del paciente la fantasía omnipotente de su relación con el terapeuta. El paciente preserva la imagen de un analista omnipotente e idealizado, pero por el otro lado manejado por sus propios deseos y fantasías. El analista se evidencia como presencia palpable a través de su marco, pero la implicación del mismo favorece en el paciente la ilusión de independencia. La estabilidad y la constancia del marco favorecen la ilusión de una ausencia de analista real y de una presencia omnipotente e idealizada poseída por el paciente.



Vemos así cómo el significado ambiguo del marco favorece un tipo de ligamen maniaco-idealizado con el mismo. El marco existe, pero es negado, brinda estabilidad y constancia, pero también límite, se siente atemporalmente –no se siente- pero al mismo tiempo es la presencia del tiempo real –50 minutos- , determina normas y reglas pero otorga la posibilidad de una idealización fantástica inagotable.

El analista existiría de dos maneras para el paciente. Primero como analista marco, y segundo como analista proceso. El analista marco funciona como el sostén de una relación objetal. No es una relación objetal franca la que se establece con él, sino que más bien se transforma en el prototipo a la posibilidad de una relación objetal.

El analista establece el marco pero una vez que éste a sido establecido el paciente se apodera del mismo y lo hace suyo. El marco es su “trozo de analista” y entra con el mismo en una relación simbiótica que cualquier modificación altera intensamente.

Es interesante señalar cómo en pacientes muy narcisistas y psicóticos, existe por un lado una constante acción destinada a negar continuamente la existencia del analista como objeto real externo, y por otro lado una intensa susceptibilidad a la más mínima alteración del marco, que en otro tipo de pacientes suele ser inadvertida. Aquí se da la paradoja de que por un lado estos pacientes niegan al objeto externo y por el otro viven pendiente de su más mínima variación utilizando la estabilidad y la ambigüedad del marco para hacer una identificación proyectiva masiva con la que intentan satisfacer sus necesidades de inagotabilidad y control. Bleger se refiere al mismo proceso cuando expresa que en el marco se realiza la depositación de los aspectos psicóticos de la personalidad.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

EL ENCUADRE EN MUSICOTERAPIA

DEFINIENDO NUESTRA PRÁCTICA *(3)

(Rubén Gallardo)

La Musicoterapia no se define sólo desde la descripción acerca de la utilización de un conjunto de herramientas, o de la aplicación de distintos recursos, ni por las técnicas o métodos con que ellos son implementados.

El Musicoterapeuta que circunscribe su práctica clínica a esta definición parcial, sin conceptualizar adecuadamente (o reduciendo esta conceptualización al estudio del ejercicio de las maniobras realizadas o de las producciones obtenidas con los instrumentos antedichos) conspira, consciente o inconscientemente, contra la autonomía y la jerarquización de su propio ejercicio profesional.

Desde la enseñanza de música a diversos “alumnos/pacientes” o de los famosos “canales de comunicación”, pasando por las “consignas y objetivos” a cumplir o por los minuciosos e improductivos análisis de la “producción sonoro-corporal”, poca agua a pasado bajo el puente de la conceptualización teórica en Musicoterapia.

Y esto se debe, fundamentalmente, a que el actor principal que da cuenta de nuestra existencia como profesionales = EL PACIENTE Y SU CAPACIDAD PARA AFRONTAR LA PROBLEMÁTICA QUE LO AQUEJA ha quedado, desde el inicio de la formación recibida, sistemáticamente al margen del sentido y la orientación de las intervenciones.

Este avasallamiento de la singularidad del paciente, por medio de técnicas, consignas, métodos y modelos, ha demostrado claramente que, en una práctica clínica seria, esa forma de comprensión nada tiene que ver con entender la particularidad de su padecimiento

Al paciente le son “impuestos”, con esta modalidad, todo tipo de ‘abordajes’, “tratamientos”, “experiencias”. “testificaciones”, etc., etc., que sólo logran configurar una relación “a la medida” de las necesidades del Musicoterapeuta, pero que lejos están de obtener una auténtica visión de la problemática en juego pues esta no encuentra espacio para manifestarse.

Todo parece, precisamente, estar “jugado” previamente a la observación, el contacto, la escucha o la relación.

Obviamente que el Musicoterapeuta debe usar herramientas para llevar adelante su observación; pero estas herramientas jamás deben pre-configurar por sí mismas el espacio que le es ofrecido al paciente.

Por el contrario deberían ser lo suficientemente facilitadoras para que esa configuración sea realizada por el propio paciente. Es él quién establecerá cual es el sentido de nuestra presencia y somos nosotros como Musicoterapeutas quienes deberemos utilizar las herramientas con la fundamentación y la eficacia necesarias para dar sentido a nuestras intervenciones.

No haber podido conceptualizar de esta forma ha dado lugar (y sigue dándolo) a un sinnúmero de *acciones experimentales invasivas* que no hacen más que negar al paciente e impulsarnos a seguir invadiendo el escenario acústico-relacional con maniobras y manipulaciones hacia su persona.

Es justo reconocer que la Musicoterapia no es la única disciplina afectada por el mito de la “planificación”, pero ojalá fuera el carácter no-invasivo de nuestras intervenciones uno de los rasgos que nos destacara en el futuro como Musicoterapeutas.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR